

RAQUEL FERREIRA JOSÉ

**MELANOMA CUTÂNEO PRIMÁRIO: CARACTERÍSTICAS
EPIDEMIOLÓGICAS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA SANTA CATARINA ENTRE
JANEIRO DE 1998 E JULHO DE 2004**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal de
Santa Catarina, para a conclusão do Curso de
Graduação em Medicina.**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2005**

RAQUEL FERREIRA JOSÉ

**MELANOMA CUTÂNEO PRIMÁRIO: CARACTERÍSTICAS
EPIDEMIOLÓGICAS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA ENTRE
JANEIRO DE 1998 E JULHO DE 2004**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal de
Santa Catarina, para a conclusão do Curso de
Graduação em Medicina.**

Coordenador do Curso: Prof. Ernani Lange de S. Thiago, MD, MSc

Orientador: Prof. Titular Rodrigo d'Eça Neves, MD

Florianópolis

Universidade Federal de Santa Catarina

2005

José, Raquel Ferreira.

Melanoma cutâneo primário: características epidemiológicas no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina entre janeiro de 1998 e julho de 2004/ Raquel Ferreira José. – Florianópolis, 2005.

22 p.

Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) –
Universidade Federal de Santa Catarina – Curso de Graduação em
Medicina

1. Melanoma 2. Epidemiologia 3. câncer 4. pele 5. lesão

AGRADECIMENTOS

Aos meus amados pais, **Antônio Benjamin José** e **Maria de Lourdes Ferreira José**, que sempre me deram coragem de sonhar, não mediram esforços para me oferecer o melhor e sacrificaram seus sonhos em favor dos meus, da formação que recebi tenho colhido os melhores frutos.

Ao meu querido irmão **Marco Antônio José** pelo exemplo de luta. A minha irmã **Fátima Araújo** que sempre acreditou em mim mesmo quando nem eu acreditava.

Ao meu orientador professor **Rodrigo D'Eça Neves**, grande exemplo a seguir, por toda orientação prestada neste trabalho assim como tantos outros.

Ao Núcleo de Cirurgia Plástica e a Liga Acadêmica de Cirurgia Plástica por todas ótimas experiências que compartilhamos.

Aos funcionários do Serviço de Anatomia Patológica e do SAME por terem disponibilizado dados para confecção desse trabalho.

As colegas **Karina, Ingrid** e **Ariana** pela colaboração para realização desse estudo.

A minha amiga **Luísa de Marilak B. Ferreira** por ser alguém sempre a me elevar e no final de tudo me fazer sorrir.

A amizade e carinho do funcionário da Técnica Operatória e Cirurgia Experimental **Luiz Henrique Prazeres**. Ao **Sr Pierre** pela grande amizade e confiança.

Aos **pacientes** que representam o grande estímulo de nosso estudo.

A todos os amigos, presentes ou distantes que sempre desejaram o meu sucesso.

A **Jesus** que tem se mostrado presente em todos os dias de minha vida, quanto mais o tempo passa maior fica minha fé.

Ao universo por conspirar a meu favor.

A **Deus**, sempre.

SUMÁRIO

| | |
|-------------------------------|-----------|
| RESUMO..... | iv |
| SUMMARY..... | v |
| 1 INTRODUÇÃO..... | 01 |
| 2 OBJETIVO..... | 04 |
| 3 MÉTODO..... | 05 |
| 4 RESULTADOS..... | 06 |
| 5 DISCUSSÃO..... | 12 |
| 6 CONCLUSÕES..... | 16 |
| 7 REFERÊNCIAS..... | 17 |
| 8 NORMAS ADOTADAS..... | 21 |
| 9 APÊNDICE | 22 |

RESUMO

Introdução: A incidência do melanoma tem aumentado, cerca de 4 a 6% ao ano. O melanoma é um tumor de elevada malignidade, originário dos melanócitos, em geral de sítio primário cutâneo, podendo eventualmente surgir de outras áreas. Ocorre em todas as etnias, principalmente em caucasianos, sendo raro em negros.

Objetivo: Estudar a ocorrência de melanoma cutâneo primário no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago e analisar dados referentes a sua distribuição pela idade, sexo, cor da pele, localização, tipo clínico, nível de Clarck e índice de Breslow.

Método: Estudamos 127 pacientes com melanoma cutâneo primário diagnosticado no Hospital Polydoro Ernani de São Thiago de janeiro de 1998 a julho de 2004. Foi realizado estudo de revisão de prontuários dos casos de melanoma cutâneo primário.

Resultados: Todos os pacientes eram caucasianos, o sexo feminino alcançou 56,69% da amostra. O diagnóstico foi feito entre os 41 e 50 anos de idade. A maioria apresentava localização do tumor na cabeça. Apresentaram 39,25% das lesões com nível de Clarck I e 57,69% com índice de Breslow menor $< 0,75\text{mm}$.

Conclusão: O perfil epidemiológico dos pacientes com melanoma cutâneo primário corresponde a um indivíduo do sexo feminino, com idade entre 41 e 50 anos de idade, branca, com o tumor localizado predominantemente na cabeça.

SUMMARY

Introduction: The incidence of cutaneous melanoma has increased at a rate of approximately 4 to 6% annually.

The melanoma is a tumor with high malignance, it is derived from melanocytes, generally from primitive cutaneous place. However, eventually it can arise in others area. It occurs in all races, principally in caucasians and it is ware in black patients.

Objective: To study the Primary Cutaneous Malignant Melanoma in the Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago analyzing its distribution according to age, sex, race and cutaneous place, type, Clarck level, Breslow index.

Method : We studied 127 patients with Primary Cutaneous Malignant Melanoma as diagnosed at Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, between the period from January 1998 to July 2004. A review was conducted of the data registry concerning primary cutaneous melanoma cases.

Results: 100% of the patients were Caucasians, female rate was 56,69%. The diagnosis was done in patients of 41-50 years old. The most frequent site of the cancer was head, the most frequent level of the tumor invasion was I (39,25%), and average of tumor thickness (Breslow) was $< 0,75\text{mm}$ (57,75%).

Conclusion: The epidemiological profile of patients with primary cutaneous melanoma comprised of females, from 41 to 50 years old, caucasians, whose tumor was located predominantly in the head.

1. INTRODUÇÃO

Tumor maligno caracterizado pela transformação atípica dos melanócitos, o melanoma é considerado o tumor cutâneo de maior importância, embora sua incidência represente apenas cerca de 4% dos tumores de pele.¹ Isto porque seu caráter agressivo, capacidade de produzir metástases à distância em estádios precoces e baixa resposta aos tratamentos não cirúrgicos faz dele um desafio diário aos cirurgiões e oncologistas envolvidos no tratamento desses pacientes.

O melanoma foi descrito pela primeira vez por Hipócrates no século V a.C., tendo sido encontrada em várias múmias colombianas da mesma época. O melanoma foi descrito por Caeswell em 1938 em um relato sobre características malignas do tumor.²

O melanoma é um tumor de elevada malignidade, originário dos melanócitos, em geral de sítio primário cutâneo, porém podendo, eventualmente, surgir em outras áreas. Ocorrem também em todas as etnias, porém são raros nos negros, onde as localizações mais frequentes são regiões menos pigmentadas do corpo como, superfície palmo-plantar e membrana mucosa da boca, reto e vagina.^{3,4,5,6}

De etiologia desconhecida, sabe-se, entretanto que alguns fatores, como a etnia, sendo as pessoas brancas (tipos de pele I e II de Fitzpatrick e Path) e principalmente de olhos e cabelos claros, presença de múltiplos nevos melanocíticos, atípicos ou displásicos, lentigo solar, história pessoal ou familiar de melanoma,¹ exposição solar abusiva, pequenos e repetidos traumatismos e até alterações cromossomiais estão associados ao aparecimento da doença. Tem-se estudado partículas virais e o fator hormonal, já que o melanoma surge depois da puberdade.^{3, 4,7,8} Não há comprovação de que o consumo de álcool e o hábito de fumar estejam relacionados como fatores para o desenvolvimento do melanoma. A associação de contraceptivos orais e aumento na incidência de melanoma também não foram comprovadas.⁹

Sua incidência vem apresentando taxas de crescimento alarmantes, aumentando cerca de 6% ao ano em todo o mundo. Atualmente, é a sexta neoplasia maligna mais comum nos Estados Unidos,¹⁰ sendo a neoplasia mais comum em mulheres na faixa etária de 25 a 29 anos e a segunda

mais comum entre os 30 e 34 anos, atrás apenas do câncer de mama.¹¹ Devido ao seu potencial metastático, o melanoma responde pela vasta maioria das mortes por neoplasias cutâneas.⁹

Clinicamente, o melanoma pode ser classificado em 4 tipos: melanoma extensivo superficial, nodular, lentigo maligno e melanoma lentiginoso acral.

O diagnóstico de melanoma deve ser suspeitado em toda lesão melanocítica que apresentar alteração de cor, tamanho ou forma. A presença de **A**ssimetria da lesão, **B**ordos irregulares e mal definidos, alterações de **C**or e **D**iâmetro maior que 6mm constituem o **ABCD** do diagnóstico do melanoma e são indicativos de biópsia para confirmação diagnóstica. O diagnóstico precoce e tratamento cirúrgico continuam a ser a melhor arma no tratamento da doença.

Em lesões suspeitas de tamanhos pequenos e médios deve-se proceder exereses de toda a lesão com margem de segurança mínima (1 a 2 mm). Já em lesões maiores ou localizadas na face deve-se inicialmente realizar biópsia incisional ou *punch biopsy*, o que isoladamente não piora o prognóstico da doença.^{12, 13}

Várias características histológicas ajudam na determinação do prognóstico da doença. A espessura tumoral medida em mm (Breslow) é o fator mais importante na determinação do risco de recorrência e metástases, bem como é o principal determinante no manejo dos pacientes.^{10 14,15}

O controle local do melanoma exige excisão ampla da lesão até a fáscia e uma margem de pele normal entre 0,5 e 2 cm de diâmetro em torno da lesão, que será determinada de acordo com o índice de Breslow. Melanomas até 1mm de espessura podem ser ressecados com margem oncológica de 1cm, enquanto que os mais espessos (Breslow acima de 1mm) requerem margem de 2cm. Melanomas com Breslow acima de 4mm têm alto risco de recorrência local (10 a 20%), mesmo seguindo-se este padrão nas ressecções.¹¹

O fechamento das lesões deve ser preferentemente primário quando possível, ou através de enxertos de pele. Em biópsias excisionais deve-se evitar o uso de retalhos, pois eventuais ampliações de margens ficam prejudicadas pela modificação na disposição dos tecidos da região. Lesões que não são passíveis de fechamento primário devem ser biopsiadas para melhor planejamento cirúrgico. O sentido do maior eixo da elipse na ressecção do melanoma deve respeitar a orientação da drenagem linfática da região.

O melanoma cutâneo primário apresenta disseminação por via linfática muito precocemente na sua evolução, e linfonodos regionais são o sítio mais comum de metástases. A

excisão cirúrgica destes linfonodos é o único meio efetivo para alcançar controle da doença e cura, a presença de metástases reduz em muito a sobrevida dos pacientes.¹⁶

Todos os pacientes com melanoma primário com Breslow maior que 1mm, ou menores que 1mm que apresentarem nível de Clark IV ou V, áreas de ulceração ou regressão, devem ser submetidos à pesquisa de linfonodo sentinela.¹¹ Esta técnica permite a identificação de metástases ganglionares assintomáticas, não acessíveis por exames de imagem, reservando o esvaziamento ganglionar regional aos pacientes que comprovadamente apresentarem disseminação da doença, reduzindo a morbidade relacionada a este procedimento.^{11, 16}

O melanoma maligno pode também se apresentar com metástases à distância, sendo os sítios mais comuns, a pele e tecido celular subcutâneo, pulmão, fígado e cérebro.

Pacientes com metástase à distância apresentam prognóstico ruim, com sobrevida média de 6 meses, e o tratamento paliativo (quimioterapia e radioterapia) para doença disseminada não apresenta aumento na sobrevida. Recentemente, foi demonstrado que o uso de Interferon pode prolongar a sobrevida em aproximadamente 5 anos deste grupo de pacientes,^{17,18} porém esse assunto ainda é bastante controverso na literatura.

O acompanhamento de pacientes com melanoma visa a detecção precoce de recorrência ou metástases, porém a possibilidade de tratamento e cura é muito baixa nestas situações. A excisão de lesões localizadas em locais acessíveis cirurgicamente deve ser realizada no intuito de prolongar a sobrevida destes pacientes.

2. OBJETIVO

Avaliar cor da pele, sexo, idade, tipo clínico, índice Breslow, Clarck, localização anatômica, ampliação de margens e suspeita pré-operatória dos casos de melanoma maligno cutâneo primário diagnosticados ao exame histopatológico no Hospital da Universidade Federal de Santa Catarina de janeiro de 1998 a julho de 2004.

3. MÉTODO

Estudo longitudinal, descritivo e realizado através revisão dos prontuários dos casos de melanoma cutâneo primário diagnosticados no Serviço de Anatomia Patológica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina entre janeiro de 1998 a julho de 2004.

Os pacientes com melanoma cutâneo primário foram avaliados quanto a sexo, idade, cor da pele, localização cutânea, forma clínica, nível de Clark, índice de Breslow, suspeita pré-operatória e ampliação de margens.

Os pacientes deste estudo foram operados pelos Serviços de Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica e Dermatologia do (HU/UFSC). Os prontuários foram disponibilizados pelo Serviço de Arquivo Médico (SAME) do referido hospital.

Foram incluídos no estudo apenas casos de melanoma cutâneo primário, sendo desprezados casos outros sítios anatômicos, metástases e recidivas.

3.1 - Casuística

Foram diagnosticados no Serviço de Anatomia Patológica do Hospital Universitário 140 pacientes com 148 casos de melanoma .

4. RESULTADOS

Foram diagnosticados no período do estudo 127 pacientes com 135 casos de melanoma cutâneo primário, e 15 casos de melanoma metastático e recidivado, que foram excluídos do estudo.

Dentre estes pacientes 55 (43,3%) eram do sexo masculino e 72 (56,69%) do sexo feminino (figura 1). Todos os pacientes eram de pele branca.

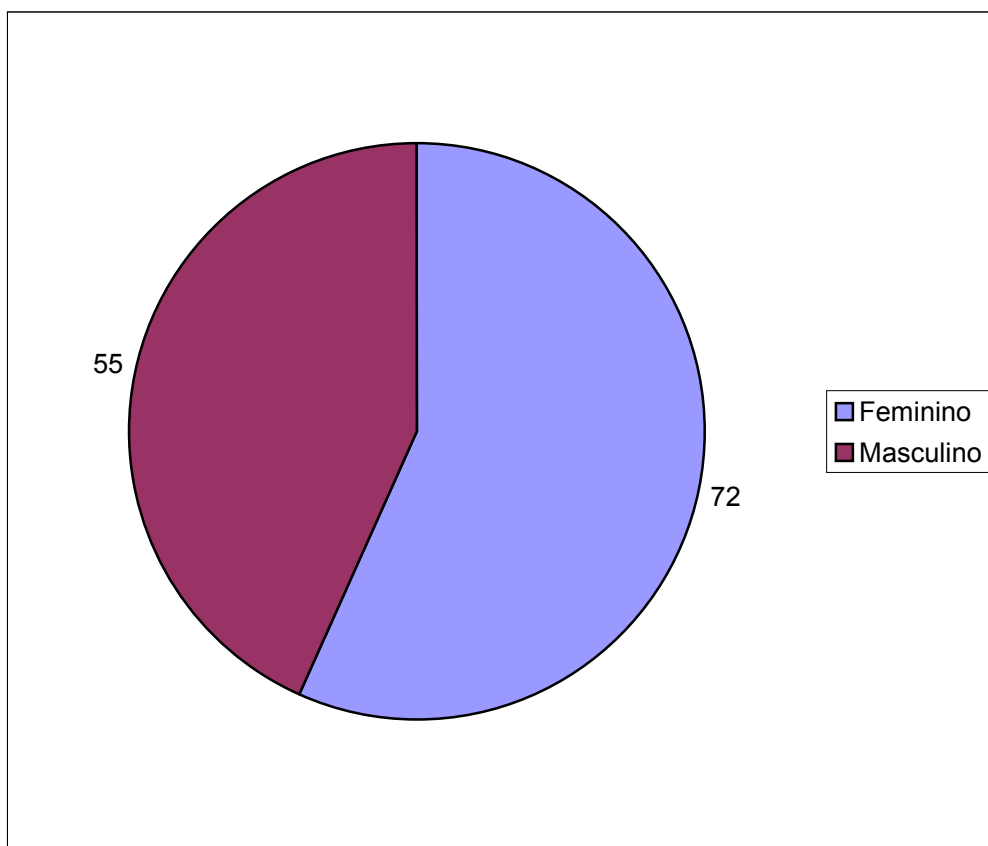


FIGURA 1: Distribuição por sexo dos pacientes com melanoma cutâneo primário.
FONTE: SAME/HU-1998-2004

Quanto à distribuição por idade, 9 pacientes (7,08%) tinham idade abaixo de 30 anos, 10 (7,87%) idade entre 31 e 40 anos, 38 (29,92%) estavam na faixa etária entre 41 e 50 anos, 17 (13,38%) entre 51 e 60 anos, 26 (20,47%) entre 61 e 70 anos de idade e 19 (14,96%) acima dos 70 anos. O paciente mais jovem tinha 18 anos, e o mais idoso 89 (Tabela 1).

TABELA 1 - Distribuição dos pacientes com diagnóstico de melanoma cutâneo primário quanto à idade.

| Idade (em anos) | Nº. | % |
|------------------------|------------|----------|
| até 30 | 9 | 7,08 |
| 31-40 | 10 | 7,87 |
| 41-50 | 38 | 29,92 |
| 51-60 | 17 | 13,38 |
| 61-70 | 26 | 20,47 |
| Acima 70 | 19 | 14,96 |
| Não informada | 8 | 6,29 |

FONTE: SAME/HU 1998-2004

Dos operados, em 110 lesões (81,48%) havia suspeita pré-operatória de melanoma, e 25 (18,50%) foram achados incidentais em lesões melanocíticas (figura 2).

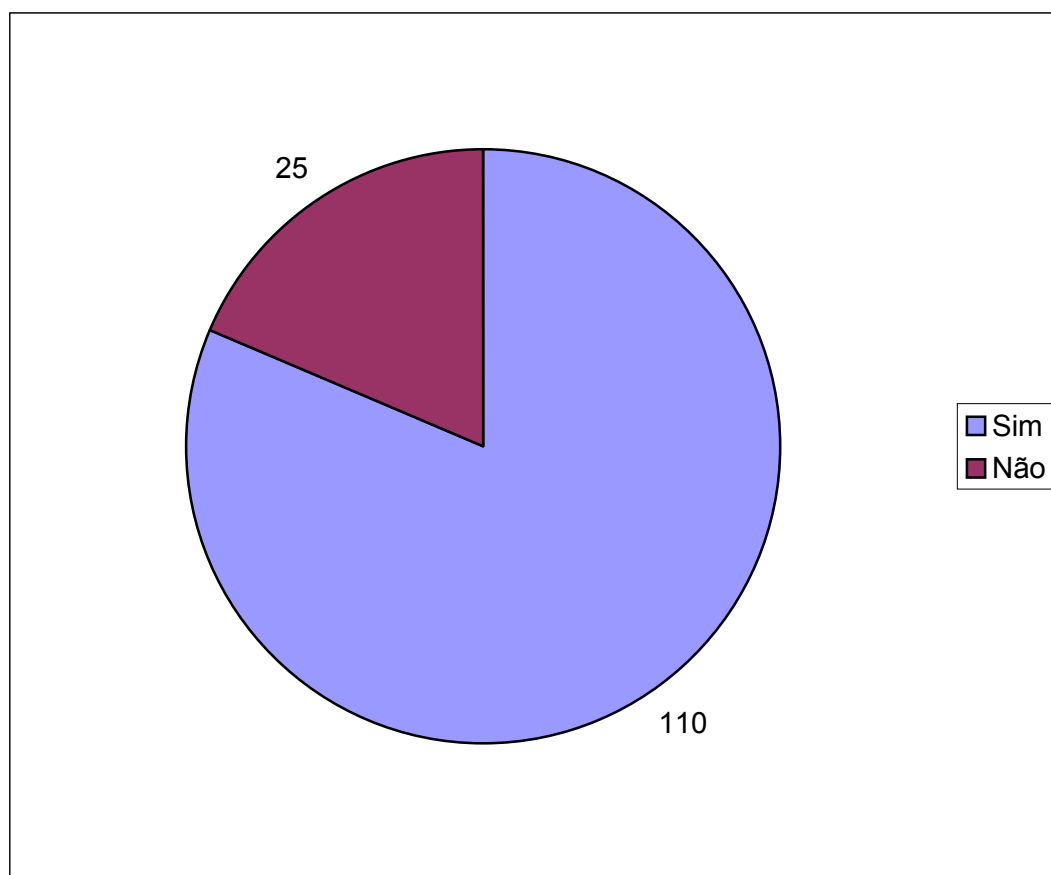


FIGURA 2- Distribuição dos casos de melanoma cutâneo primário segundo suspeita pré-operatória.
FONTE: SAME/HU 1998-2004

Quanto ao tipo clínico, a maioria 55,55% (n=79) das lesões eram melanoma extensivo superficial. O tipo nodular foi identificado em 25,9% (n=35) das lesões, lentigo maligno em 11,85% (n=16) e acral em 6,67%(n= 5) pacientes (figura 3).

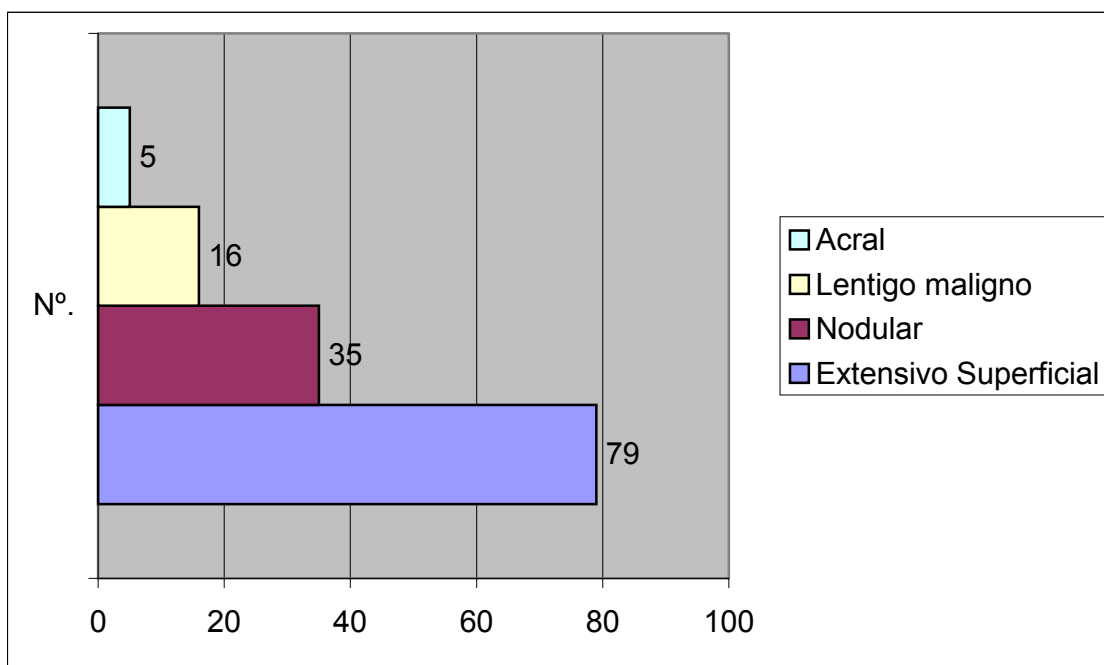


FIGURA 3 – Distribuição dos casos de melanoma cutâneo primário segundo tipo clínico.
FONTE: SAME/HU-1998-2004

Quanto à espessura, a maior parte dos pacientes apresentava lesões iniciais, com índice de Breslow menor que 1mm (71,83%) e nível de Clark I e II (72 casos, correspondendo a 53,3%), conforme descrito nas Tabelas 2 e 3.

TABELA 2 - Distribuição das lesões com diagnóstico de melanoma cutâneo primário quanto ao índice de Breslow.

| Índice de Breslow (em mm) | Nº. | % |
|----------------------------------|------------|----------|
| in situ | 53 | 39,25 |
| até 0,75 | 25 | 18,51 |
| 0,76-1,00 | 19 | 14,07 |
| 1,01-1,50 | 14 | 10,37 |
| 1,51-4,00 | 14 | 10,37 |
| acima de 4,00 | 10 | 7,4 |

FONTE: SAME/HU-1998-2004

TABELA 3 - Distribuição das lesões com diagnóstico de melanoma cutâneo primário quanto ao nível de Clark.

| Nível de Clark | Nº. | % |
|-----------------------|------------|----------|
| I | 53 | 39,25 |
| II | 19 | 14,07 |
| III | 28 | 20,8 |
| IV | 25 | 18,5 |
| V | 10 | 7,4 |

FONTE: SAME/HU-1998-2004

O locais mais acometidos foram a cabeça 36,29%(n=49) e tronco com 31,11% (n=42) (figura 4).

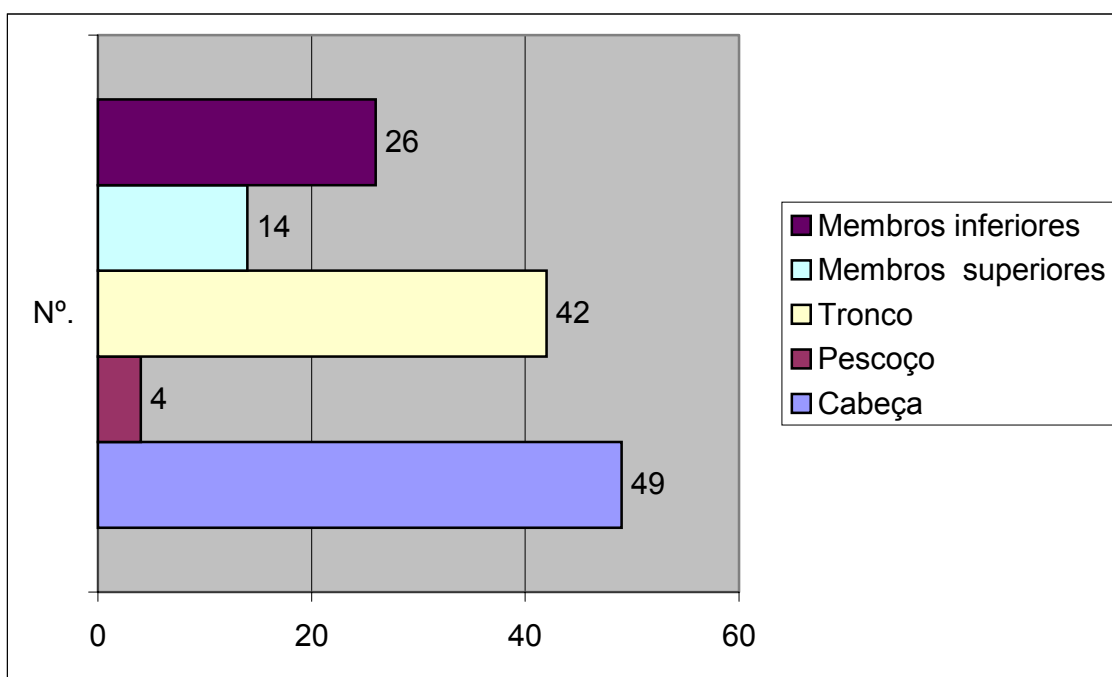


FIGURA 4- Distribuição dos casos de melanoma cutâneo primário de acordo com área anatômica.

FONTE: SAME/HU-1998-2004

Dentre os pacientes atendidos, 39 (30,7%) foram submetidos à ampliação de margens cirúrgicas, 12 (12,1%) realizaram pesquisa de linfonodo sentinela e 5 (5%) tiveram indicação de

esvaziamento ganglionar regional. Nenhum dos pacientes foi encaminhado para a realização de radioterapia ou quimioterapia.

Os pacientes tiveram um tempo de acompanhamento médio no Hospital Universitário de 18 meses. Durante este período, 4 deles apresentaram recidiva da doença e 8 apresentaram metástases à distância, sendo todos os casos observados em pacientes com espessura da lesão maior que 1,5mm.

5. DISCUSSÃO

Apesar de representar apenas 3 a 4% dos tumores cutâneos malignos, é o câncer de pele mais importante não só por sua alta mortalidade, responsável por cerca de 74% das mortes de câncer de pele ⁹, como também pelo aumento dramático de sua incidência no mundo nas últimas décadas. ^{9,19,20} Os estudos demonstraram que a freqüência de novos casos dobra em um período de 10 a 15 anos. ²¹

Em países industrializados o melanoma cutâneo ocorre mais no sexo feminino entre 30 e 79 anos de idade, localizando o seu pico dos 60 aos 69 anos, predominantemente indivíduos de cor branca. ²²

No Brasil, segundo Azevedo et al, as taxas de melanoma cutâneo são taxas intermediárias quando comparadas aos padrões mundiais. Pelo registro de base populacional as taxas encontradas em São Paulo e Porto Alegre são superiores as encontradas em Recife e Fortaleza, fato este explicado pelo reflexo da grande quantidade de imigrantes europeus de pele clara, que se estabeleceram nas regiões sul e sudeste do Brasil. ²⁰

Sabe-se que a radiação ultravioleta (UVA e UVB) esta intimamente relacionada com o desenvolvimento de melanoma, seja por mecanismos de lesão direta no DNA celular ou de forma indireta na imunovigilância do indivíduo, sendo que trabalhadores expostos ao sol são predispostos e necessitam de acompanhamento rigoroso. ^{7,9,23,24} Nos caucasóides são tanto mais freqüentes quanto mais branca for a pele e mais claros os olhos e os cabelos. ^{5,25} Na Europa os

coeficientes de incidência são maiores ao norte do continente, justamente onde existem mais indivíduos de pele clara.²⁵ Em nossa amostra todos os indivíduos apresentavam pele branca, compatível com a literatura vigente, sendo este considerado marcador de risco para câncer de pele.²²

Estudo realizado por Nasser em 1993, determinou os coeficientes de mortalidade na cidade de Blumenau – SC, constatando que em 1990 a mortalidade por 100.000 habitantes foi de 19,7% com uma incidência de mortalidade maior em pacientes masculinos (21,6%) em relação aos femininos, porém sem predominância em relação ao sexo considerando-se a incidência de melanoma.²⁰ Segundo a “American Cancer Society”, a taxa de mortalidade por 100.00 habitantes nos últimos 30 anos apresentou um aumento de 120% nos homens e 48% para mulheres. Na dependência da forma clínica do melanoma, no sexo feminino o prognóstico é melhor.²⁶

O sexo feminino é referido como sendo mais suscetível ao desenvolvimento de tumores cutâneos do tipo melanoma, sendo considerado por alguns autores como fator de risco.²⁸ Um estudo epidemiológico na Jordânia, entre 1969 e 1994, de 138 casos de melanoma cutâneo primário, revelou uma relação de 1,6 homens acometidos para cada mulher doente. Tal fato foi associado à exposição solar mais intensa e freqüente pelos indivíduos do sexo masculino.⁴ Nos Estados Unidos contatou-se um relação de 1,2 homens para cada mulher.¹ Em estudo de Brasília houve predomínio de mulheres, com relação entre os sexos de 4:1.²⁹ A maioria dos estudos aponta discreto predomínio da doença na mulher mas para alguns autores existe um equilíbrio entre os sexos na incidência desta neoplasia, tanto em caso diagnosticados quanto em óbitos.^{10,30,31,32} Neste estudo as mulheres constituíram em maioria dos casos com 56,69%.

Entre os pacientes com melanoma de pele, a distribuição anatômica das lesões não se dá, prioritariamente, em áreas expostas ao sol como se observa em portadores de carcinomas basocelulares e espinocelulares, porém que o risco de melanoma, em áreas que são poucas expostas ao sol aumenta em decorrência de exposições intermitentes e intensas ao sol.³³ Os resultados da literatura mundial apontam que a região mais acometida é tronco no sexo masculino e membros inferiores no sexo feminino,^{4,34,35,36} porém se observou aumento da incidência da lesões na cabeça e região cervical.³⁷ Em nosso estudo observamos maior número de lesões na cabeça com 36,29%, no tronco com 31,11% e em membros inferiores com 19,25%.

O melanoma ocorre mais freqüentemente em adultos jovens de 20 a 50 anos de idade, sendo que acima dos 50 é mais freqüente no homem, enquanto que abaixo dos 40 acomete mais mulheres,^{9, 31} tem seu pico de incidência entre os 50-59 anos.^{9,23} Quando ocorre antes da puberdade, a regra é originar-se nos nevos gigantes. Há relatos de transmissão da doença mãe-filho através da placenta.⁷ No Chile, a idade média de diagnóstico é de 55 anos para homens e 50 para mulheres.³⁶ Em um estudo brasileiro a faixa etária dos 50 aos 70 anos correspondeu a 46,94% dos casos.²⁹ Nesse trabalho as faixas etárias mais acometidas foram dos 41 aos 50 anos com 29,92% e de 61 a 70 com 20,47% dos casos.

Desde 1953, quando Allen e Spitz descreveram uma análise clínico-patológica de critérios para o diagnóstico e prognóstico do melanoma, muitos outros autores têm se preocupado em desenvolver estudos a procura de indicadores de prognóstico.³⁸

Em 1965, Mehnert e Heard, definiram quatro níveis de invasão, aos quais Clark acrescentou o quinto nível em 1969, sendo sua classificação aceita internacionalmente.^{39,40}

Em 1969 e 1970, Clark e Breslow definiram a relação entre a espessura do tumor e a sobrevida do paciente. Atualmente a espessura da lesão (Breslow) é o melhor fator prognóstico na sobrevida do paciente portador de melanoma.⁴¹

A correlação clínico-patológica, envolvendo a classificação de Clark e Breslow fornece subsídios fundamentais e indispensáveis para determinação terapêutica e prognóstico. Os níveis de Clark correspondem à profundidade invasão do melanoma na derme em 5 níveis.⁴³ Pela dificuldade técnica deste tipo de medida, foi instituído em 1970 por Breslow⁴¹ uma nova classificação, a qual baseou-se na medição das lesões de melanoma objetivamente com um micrômetro colocado na ocular do microscópio, o que determinava a espessura em milímetros de cada lesão. A profundidade de invasão é medida da camada mais superficial até a mais profunda alcançada pelo tumor. Em lesões ulceradas, a recomendação seria medir a lesão da base até o ponto mais profundo da invasão.

Paciente com lesão menor que 0,76 mm de espessura tem em média 5 anos de sobrevida próximo a 100% e praticamente sem metástases,¹⁰ enquanto que pacientes com tumor maior que 4mm de espessura apresentam em média apenas 40% de sobrevida em 5 anos. Somente 55% dos pacientes com metástases ganglionares e 14% dos pacientes com metástases a distância sobrevivem por mais de 5 anos.^{2,4,6,32,45}

A tendência observada na maioria dos países é o achado de lesões com índices de Breslow inferiores a 1,5mm de espessura. Acredita-se que este dado evidencie a eficácia de campanhas educativas para o rastreamento de lesões suspeitas e conscientização dos fatores de risco.⁴² Verificamos na amostra que 57,76% apresentavam espessura menor que 0,75 mm e 39,25% apresentavam Clark I, dados concordantes com estatísticas internacionais.

Mais de 95% dos melanomas malignos que acometem a pele pertencem a uma das 4 categorias clínico patológicas mais comumente encontradas, o melanoma extensivo superficial, o nodular, lentigo maligno e acrolentiginoso.

O melanoma extensivo superficial é o tipo clínico mais comum de melanoma, constitui uma variante frequentemente associada a lesões pré-existentes, tais como nevos displásicos, a lesão evolui lentamente e apresenta crescimento radial em nível epidérmico.^{4,15}

O melanoma nodular é o segundo tipo mais comum. Caracteriza-se pela rápida evolução e apresenta apenas crescimento vertical. É mais comum iniciar-se na pele normal do que começar com nevos pré-existentes.^{4,31}

O melanoma lentiginoso acral é o mais comum nas pessoas de pele escura. Os locais preferenciais são as regiões palmo-plantares, falanges terminais. Podendo ser periungueais e subungueais. O período de evolução é de 2 anos e meio, tendo inicialmente crescimento radial.^{4,31,34,44}

O melanoma lentigo maligno é uma forma distinta por sua aparência clínica, localização anatômica, evolução lenta e tendência a aparecer tardiamente na vida. Localiza-se, geralmente na pele fotoexposta da face e pescoço, sendo regiões malares e nasal mais frequentemente acometidas. Evolui por um período de 3 a 15 anos em sua forma percussora antes de se tornar invasivo.^{44,45}

A forma mais comum é a extensivo superficial seguido pela forma nodular,^{46, 47} entretanto há outros estudos realizados no Brasil em que a forma mais comum foi a nodular.^{29,48} Evidenciamos na amostra 55,55% como melanoma extensivo superficial e 25,9% do tipo nodular, ou seja, nossos resultados foram compatíveis com a literatura.

As margens, avaliadas histopatologicamente, demonstraram um grau de comprometimento pequeno com 30,7% (n=39). A comparação entre os diagnósticos pré-operatórios de melanoma, que representaram 81,48%, e os diagnósticos histopatológicos elucidaram um conhecimento

apurado sobre essa doença por parte dos diversos médicos especialistas envolvidos com o melanoma.⁴⁹

O Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina atende pacientes provenientes de todo o estado, sendo uma referência regional, o que poderia introduzir viés de seleção neste trabalho, aumentando a representação de casos graves, porém a maioria dos resultados se assemelham aos encontrados na literatura nacional e internacional.

6. CONCLUSÕES

O melanoma cutâneo primário no Hospital Polydoro Ernani de São Thiago apresentou as seguintes características epidemiológicas:

1. Ocorreu predominantemente em indivíduos de cor branca.
2. Teve predileção pelo sexo feminino.
3. O segmento anatômico mais frequentemente acometido foi cabeça.
4. Ocorreu predomínio de Clack I e índice de Breslow menor que 0,75mm.
5. Houve maior ocorrência do tipo clínico melanoma extensivo superficial
6. A maioria das lesões não foi submetida à ampliação de margens.
7. Existiu suspeita pré-operatória na maior parte dos casos.

7. REFERÊNCIAS

1. Almeida FA; Almeida GOO; Michalany N. Melanoma cutâneo, aspectos clínicos. In: Neeves EG. Câncer da pele. Rio de Janeiro: MEDSi; 2001. p.225-39.
2. Hawkins BR; Dawkins RL; Hockey A; Houliston JB et al. Evidence for linkage between HLA and malignant melanoma. *Tissue Antigens* 1981; 17: 540-1.
3. Daniel RP. Malignant Melanoma: Basic Approach to Clinicopathologic Correlation. *Mayo Clin Proc* 1997; 72(3): 267-72.
4. Perniciaro C. Dermatopathologic Variants of Malignant Melanoma. *Mayo Clin Proc* 1997; 72(3): 273-9.
5. Bakos L. Melanomas malignos e etnia. *An Bras Dermatol* 1991; 66(6):299-302.
6. Harris MN, Shapiro RL, Roses DF. Malignant Melanoma. *Cancer* 1995; 75(2): 715-25.
7. Skender-Kalnenas TM, Dallas R, Heenan PJ. Benign melanocytic lesions: Risk markers or precursors of cutaneous melanoma? *J Am Acad Dermatol* 1995; 33(6): 1000-07.
8. Trent JM, Rosenfeld SB, Meyskens FL. Chromosome 6q involvement in human malignant melanoma. *Cancer Genet Cytogenet*, 1983; 9: 177-180.
9. Westerdahl J. Risk of malignant melanoma in relation to drug intake, alcohol, smoking and hormonal factors. *Br J Cancer* 1996; 73(9): 1121-31.
10. Liu T, Soong SJ. Epidemiology os Malignant Melanoma. *Surg Clin North Am* 1996; 76(6): 1205-22.
11. Gershenwald JE, Sussman JJ, Lee JE. Melanoma. In: Feig BW. *The M.D. Anderson Surgical Oncology Handbook*. Philadelphia: Lippincott Williams & Willians, 1999.
12. Macy-Roberts E, Ackerman AB. A critique of techniques for biopsy of clinically suspect malignant melanomas. *An J Dermatopathol*. 1982; 4:391-8.

13. O' Rourke MG, Bourke C. Recommended width of excision for primary malignant melanoma. *World J Surg* 1995; 19(3): 343-5.
14. Geenstein DS, Rogers GS. Management os Stage I Malignant Melanoma. *Dermatol Sur* 1995; 21: 927-37.
15. Zitelli JÁ, Brown C, Hanusa BH. Surgical margins for excision of primary cutaneous melanoma *J Am Acad Dermatol* 1997; 37(3): 422-9.
16. Lang P.G. Jr. Malignant melanoma. *Med Clin North Am*, 1998; 82(6): 1325-58.
17. Morton DL, Wen DR, Wong JH, et al. Technical details of intraoperative lymphatic mapping for early stage melanoma. *Arch Surg* 1992; 127: 392-9.
18. Reintgen D, Balch CM, Kirkwood J, Ross M. Recent Advances in the Care of the Patient with Malignant Melanoma. *Ann Surg* 1997; 225(1): 1-14.
19. Regel DS, Friedman RJ, Kropf AW. The incidence of malignant melanoma in the United States: Issues as we approach the 21 st century. *J Am Acad Dermatol*, 1996; 34:839-47.
20. Azevedo G, Mendonça S, Garrido R. Câncer de pele no Brasil: uma abordagem epidemiológica. *Med. Cut. I. L A.* 1994; (22): 375-9.
21. Carmichael, VE; Wilson, KS. Primary Cutaneous Malignant Melanoma: Experience of the British Columbia Cancer Agency From 1972 to 1981. *CJS* 1992 (35): 589-97.
22. Urist M.M. and Karnell L.H. The national cancer data base – Report on melanoma. *Cancer*, 1994; 74(2): 782-8.
23. Gloster HM, Brodland DG. The Epidemiology os Skin Cancer. *Dermatol Surg* 1996; 22(3): 217-26.
24. Katrambas A, Nicolaidou E. Cutaneous Malignant Melanoma and Sun Exposure. Recents Developm'ts in Epidemiology. *Arch Dermatol.* 1996; 132:440-50.
25. Martins JEC. Importância das radiações solares na frequência do melanoma. Argumentos favoráveis. *An Brasil Dermatol* 1991; 68(5a):25-6.

26. O'Doherty CJ, Prescott RJ, White H, McIntire M, Hunter JAA. Sex differences in presentation of cutaneous malignant melanoma and in survival from stage I disease. *Cancer* 1996; 58: 788-92.
27. McHenry PM, Hole DJ, Mackie RM. Melanoma in people aged 65 and over in Scotland, 1979-89. *BMJ* 1992; 304 (21): 746-9.
28. Habif, TP. *Clinical Dermatology*. Third edition 1996: 699-719.
29. Pinheiro AN, Fridman H. Melanoma cutâneo: características clínicas epidemiológicas e histopatológicas no Hospital Universitário de Brasília entre janeiro de 1994 e abril de 1999. *An Bras Dermatol* 2003; v.8, n.2. Rio de Janeiro.
30. Dick OW, Santos MLR, Santos FAR, Frischenbruder JÁ, Costa PG, Rocha VHD. Melanoma Maligno: idade x estadiamento clínico. Estudo retrospectivo de 161 casos. *An Bras Dermatol* 1989; 64 (3): 151-3.
31. Garbe, C. Primary Cutaneous Melanoma. Prognostic Classification of Anatomic Location *Cancer* 1995; 75 (10): 2492-98.
32. Cascinelli N, Vaglini M, Bufalino R, Marabito A. A cutaneous region with no prognostic significance in patient with melanoma. *Cancer* 1996; 57: 441-4.
33. Holman CDJ et al. A theory of the etiology and pathogenesis of human cutaneous malignant melanoma. *J Nat Cancer Inst*. 1983; 71; 651-6.
34. Metcalf JS. Melanoma: Criteria for Histological Diagnosis and Its Reporting. *Seminars in Oncology* 1996; 23(6): 688-92.
35. Green A. A Theory of Site Distribution of Melanomas: Queensland, Australia. *Cancer Causes and Control*. 1992 (3): 513-6.
36. Cabrera R, Silva S, Medina J, et al. Estudo Clínico de 113 Casos de Melanoma Maligno. *Ver Méd Chile* 1994 (122): 900-6.
37. Criado PR, Valente NYS, Vasconcellos C, Sittart JAS. Características Epidemiológicas do Melanoma Maligno Primário. *Hospit Serv Pub Est São Paulo*. 1998.

38. Schmoeckel C, Bockelbrink A, Bockelbrink H, Koutris J, Braun-Falco O . Low and High risk malignant melanoma. Evolution of clinical and histological prognosticators in 585 cases. *Eur J Cancer et Clin Oncol*. 1983; 19(2):227-35.
39. Balch CM, Murad TM, Soong SJ, Ingalls AL, Halpen NB, Maddx WA. A multifactorial analysis of melanoma: Prognostic histopathological features comparing Clark's and Breslow staging methods. *Ann Surg*. 1978; 188(6): 732-42.
40. Clark WHJ, From L, Bernardino EA, Mihm MC. The histogenesis and biologic behavior of primary human malignant melanomas of the skin. *Cancer Res* 1969; 29:705-26.
41. Breslow A. Thickness, cross-sectional areas and Depth of invasion in the prognosis of cutaneous melanoma. *An Surg* 1970; 172(5):902-8.
42. Zitelli JA, Brown CD, Hanusa BH. Surgical margins for excision of primary cutaneous melanoma. *J Am Acad Dermatol* 1997; 9(3): 31-33.
43. MacKie R, Hunter JAA, Aitchison TC, et al. Cutaneous Malignant Melanoma, Scotland 1979-89. *Lancet* 1992 (339): 971-5.
44. Ferreira CMM, Maceira JMP, Coelho JMCO. Análise Imunohistopatológica, clínica e evolutiva dos melanomas. *An Bras Dermatol* 1997; 72(2):117-26.
45. Cox NH, Aitchison TC, Sirel JM, Mackie RM. Comparison between lentigo malignant melanoma and other histogenetic types of malignant melanoma of the head and neck. *Br J Cancer* 1996; 73(7): 940-4.
46. Levi F, La Vecchia C, Van-Cong T and Mezzanotte G. Descriptive eppidemiology of skin cancer.
47. Masson-Brahme E, Carstensen J, Erhardt K, Lagerlöf B, Ringborg U, A Rutqvist LE. Orognostic factors in thin cutaneous malignant melanoma. *Cancet*, 1994; 73(9): 2324-31.
48. Benvegnú L.A, Pasqualotto A.C, Santos R.P and Copette F.R. Melanoma cutâneo na região central do Rio Grande do Sul: análise de 79 casos. *AMRIGS*, 1997; 41:208-12.
49. Gonçalves EC, Santos MAR, Gobbi H. Melanoma cutâneo: diagnóstico clínico x anatomatológico. *Associação médica brasileira* 1992; 38(4): 201-3.

8. NORMATIZAÇÃO

Este trabalho foi realizado segundo normalização para trabalhos de conclusão de curso de graduação em medicina. Resolução Nº 2001/2001 aprovada em reunião do colegiado do curso de graduação em medicina da Universidade Federal Santa Catarina em julho de 2001.

9. APÊNDICE

TCC- MELANOMA CUTÂNEO

Nome _____ pront _____
 Procedência _____ Ocupação _____
 Idade _____ cor _____
 Local ☐ cabeça ☐ pescoço ☐ tronco ☐ membro superior ☐ membro inferior
 outro ☐
 Aspecto da lesão _____
 Tamanho _____
 Sintomas: dor ☐ Crescimento ☐ Prurido ☐ Coloração ☐ Ulceração ☐ ☐ Sangramento
☐ purulência Assintomático ☐ Não referido ☐
 Suspeita de melanoma ☐ sim ☐ não
☐ Fase radial + ☐ fase radial -
 AP _____
 Clark _____
 Breslow _____
 Outros achados histológicos ☐ ulceração ☐ lesões satélites ☐ invasão vascular
☐ invasão neural
 Comorbidades de pele: melanoma ☐ ceratose ☐ l. melanocítica Benigna ☐
 Ca de pele ☐
 Encaminhamento ☐ sim ☐ não
 Ampliação de margens ☐ sim ☐ não
 Esvaziamento ☐ sim ☐ não
 Quimioterapia ☐ sim ☐ não
 Cepon ☐ sim ☐ não
 Tempo de acompanhamento pós –op no HU _____
 HMP: ☐ melanoma ☐ ceratose ☐ carcinoma de pele não melanocítico
☐ lesão melanocítica benigna ☐ Outros _____
☐ RT prévia ☐ Ca não cutâneo
 Evolução _____